



INVESTIGACIÓN

Un estudio de caso sobre vulnerabilidad social: reflexiones para la promoción de la salud

Lucas França Garcia¹, Marcelo Picinin Bernuci¹, Andrea Grano Marques¹, Sonia Maria Marques Bertolini¹, Tania Maria Gomes da Silva¹

1. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão, Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá/PR, Brasil.

Resumen

La promoción de la salud es un conjunto de estrategias que apuntan a mejorar la calidad de vida de personas y poblaciones. Dado que estas se basan en determinantes sociales de la salud, es importante identificar los problemas de vulnerabilidad para explorar su impacto en la salud. El presente trabajo describe un estudio de caso que muestra la percepción de las mujeres sobre la pobreza como violencia y vulnerabilidad social y su impacto en la salud. Se realizó un estudio cualitativo, basado en el análisis de contenido. Los resultados se presentan en forma narrativa: 1) pobreza como vulnerabilidad social; 2) pobreza y percepciones de violencia; 3) pobreza y efectos en la salud asociados. Señalamos la pobreza como un problema central de vulnerabilidad social que puede ser determinante para la vida de las mujeres. Por lo tanto, en el diseño de políticas de promoción de la salud es importante considerar las subjetividades relacionadas con violencia y vulnerabilidad social en poblaciones que viven en la pobreza.

Palabras clave: Promoción de la salud. Vulnerabilidad social. Pobreza. Violencia. Política pública.

Resumo

Um estudo de caso sobre vulnerabilidade social: reflexões para a promoção da saúde

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias que visam melhorar a qualidade de vida de indivíduos e populações. Como suas estratégias estão baseadas nos determinantes sociais da saúde, é importante identificar as questões de vulnerabilidade social e seu impacto na assistência à saúde. Este é um estudo de caso sobre a percepção da mulher acerca da pobreza como violência e vulnerabilidade social e o seu impacto na saúde. Estudo qualitativo foi realizado, utilizando análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em forma narrativa: 1) a pobreza como vulnerabilidade social; 2) pobreza e percepções de violência; 3) pobreza e desfechos de saúde associados. Conclui-se que a pobreza é uma questão central de vulnerabilidade social que pode ser determinante para a vida das mulheres. Assim, é importante considerar as subjetividades relacionadas à violência e à vulnerabilidade social de populações em situação de pobreza no desenho das políticas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Vulnerabilidade social. Pobreza. Violência. Política pública.

Abstract

A case study of social vulnerability: thoughts for the promotion of health

Health promotion is a set of strategies that aim to improve the quality of life of individuals and populations. Since these strategies are based on social determinants of health, it is important to identify vulnerability issues in order to explore their impact on health care. The present study describes a case study showing the perception of women on poverty as violence and social vulnerability and the impact of the same on health. A qualitative study was performed, based on content analysis. The results are presented in narrative form and address: 1) poverty as social vulnerability; 2) poverty and perceptions of violence; 3) poverty and associated health outcomes. We found that poverty was a central question of social vulnerability which can be a determinant for women's lives. It is therefore important to consider subjectivities regarding violence and social vulnerability on populations living in poverty when designing health promotion policies.

Keywords: Health promotion. Social vulnerability. Poverty. Violence. Public policy.

Aprovação CEP-UniCesumar CAAE 72243617.7.0000.5539

Declararam não haver conflito de interesse.

La promoción de la salud son estrategias para producir salud, en el ámbito individual y colectivo, que se caracterizan por la articulación y cooperación a través de un Sistema de Atención Médica¹. Como se discutió en la 22ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud en Curitiba, en 2016, el fortalecimiento de la promoción de la salud y la garantía de una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud pueden mejorar la calidad de vida de las personas. El documento publicado en esta conferencia, conocido como la Carta de Curitiba, enfatizó que la equidad es un requisito para la salud y que ha sido un objetivo esencial de la promoción de la salud durante al menos tres décadas².

El concepto de promoción de la salud reconoce las políticas y tecnologías existentes, y busca la equidad y la calidad de vida (CdV) de las personas, a través de procesos para reducir la vulnerabilidad y el riesgo derivados de los determinantes sociales de la salud³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la CdV como (...) *la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones*⁴. Al proponer políticas para la promoción de la salud, por lo tanto, el análisis y el conocimiento de las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales del individuo deben garantizar las condiciones adecuadas para el cuidado de la salud.

En el año 2000, las Naciones Unidas (ONU) presentaron sus Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como un paso importante para mejorar la salud de la población mundial, reconociendo que la pobreza, la salud y el desarrollo están estrechamente relacionados y deben abordarse conjuntamente en cualquier acción dirigida a la mejora de la CdV⁵. Del mismo modo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce el desafío de integrar los objetivos económicos, sociales y ambientales en un plan de acción unificado para las personas, el planeta y la prosperidad⁶. En países en desarrollo como Brasil, estos desafíos son aún mayores, ya que la persistencia de la pobreza severa representa consecuencias amenazadoras para el desarrollo sostenible. A pesar de los esfuerzos de los ODM, como el aumento de la inversión en infraestructura, la perspectiva de lograr un impacto explícito en la reducción de la pobreza en Brasil sigue siendo utópica y distante⁷.

La pobreza y la violencia se definen como procesos de vulnerabilidad, o condiciones inherentes a la vida individual, dejando a los sujetos expuestos a la explotación y la coerción. Las políticas de salud, especialmente las destinadas a su promoción, son herramientas importantes para enfrentar la

vulnerabilidad⁸. Para crear políticas públicas efectivas, son esenciales estudios que permitan obtener información que contemple la subjetividad de la relación entre sujeto, proceso salud-enfermedad y determinantes sociales. Por ello, este artículo exploró las cuestiones relacionadas con la pobreza como una forma de vulnerabilidad social y su impacto en la importancia de la promoción de la salud en las políticas públicas que apuntan a reducir la pobreza.

Método

Este es un estudio cualitativo-descriptivo. Los datos fueron recolectados a través de historias orales. Este método utiliza fuentes orales, como entrevistas, para la recopilación de testimonios. Para Portelli⁹, la historia oral es principalmente el arte de escuchar y se basa en un conjunto de relaciones, como el diálogo entre entrevistador y entrevistado; la relación entre el momento en que se produce el diálogo y el momento recordado; entre autobiografía e historia o entre historia y relatos, y, finalmente, la relación entre la fuente oral y la escritura del historiador.

Las entrevistas fueron realizadas por un historiador (TG) en la casa del entrevistado en septiembre y noviembre de 2017. Las entrevistas se transcribieron textualmente y fueron analizadas por un historiador (TGS), un sociólogo (LFG) y un psicólogo (AGM). Dos investigadores, ambos formados en Ciencias Sociales y Humanas (LFG y TG), desarrollaron el modelo de codificación.

Se utilizó el análisis de contenido temático de Bardin¹⁰ para analizar los datos. Se observaron tres etapas de análisis de contenido (pre-análisis, exploración del material e interpretación de resultados). El esquema de codificación fue desarrollado para permitir que emergieran unidades de sentido del texto. Los datos fueron analizados con Nvivo 11 para Windows. Los datos personales del entrevistado, como la ciudad de residencia y el nombre real, se omitieron para mantener la privacidad de los participantes en la investigación. Se utilizó el nombre ficticio de Eni.

Resultados

Eni es una mujer de 71 años de piel morena que ha vivido experiencias difíciles a lo largo de su vida debido a la pobreza, el analfabetismo y su condición de mujer en una sociedad marcada por el patriarcado. Ella vive en una casa humilde en uno de los barrios más pobres de la ciudad. Madre de siete hijos, tiene

19 nietos y 5 bisnietos. Ha tenido dos relaciones de largo plazo en su vida, específicamente, cohabitación no formalizada, pero tuvo varias relaciones con hombres durante el período en que, no teme admitirlo, fue prostituta. Si bien su vida es menos difícil hoy, hubo un momento en que ella y sus hijos pasaron hambre y se vio obligada a pedir comida.

La vida de Eni estuvo y aún está marcada por el atravesamiento diario de diversos problemas sociales, económicos y de salud relacionados con los procesos de vulnerabilidad social. La pobreza, la violencia, la pérdida de un marido, ya sea por muerte o por abandono, la muerte de su hijo, el encarcelamiento de sus compañeros y sus hijos, comenzar a trabajar a muy temprana edad y los cambios de dirección son algunos de los problemas asociados con la vulnerabilidad social que Eni ha experimentado a lo largo de su vida. Hoy vive en la región noroeste de Paraná con su hijo y su nuera, y representa una notable historia de resiliencia, debido a las grandes dificultades que ha enfrentado desde muy temprano en la vida.

Los principales temas que surgieron del material recolectado, identificados a través del análisis de contenido temático, fueron pobreza, efectos en salud asociados con la pobreza y percepciones de y sobre la violencia, con un enfoque especial en género y vulnerabilidad.

Pobreza como vulnerabilidad social

La pobreza emerge como uno de los temas principales en el discurso de Eni. La escasez de alimentos para ella y para sus hijos son relatos constantes, aunque afirma que siempre se ha esforzado por garantizar que no falte comida para sus hijos y nietos. Un gran sufrimiento la ha acompañado desde muy temprana edad y ha sostenido durante toda su vida la crianza de sus hijos, quedando demostrada la reproducción social de la pobreza y de las desigualdades sociales. Eni dice que comenzó a trabajar muy temprano, a la edad de 12 años, en varios tipos de trabajos – trabajo doméstico, servicios generales, extracción de caña, cosecha de café. Varias de estas tareas requirieron mucho esfuerzo físico, como trabajar en la extracción de caña de azúcar y de café. Estos son algunos ejemplos importantes para comprender los procesos de vulnerabilidad a los que Eni se ha visto expuesta durante toda su vida:

“Sufrí, sufrí mucho en mi vida. Sufrí, sufrí, tuve hambre, ¿entiendes?” (e2);

“Y había pobreza. Era muy pobre. Yo supliqué, no era suficiente. Solíamos ganar dinero en los campos. Trabajé mucho en el campo. Trabajé con caña de azúcar, con café, trabajé en la recolección de algodón, pero no funcionaba. Sufrí mucho, tenía mucha hambre” (e3);

“Comencé a trabajar a los 12 años. Trabajé como empleada doméstica, como cuidadora, luego fui a trabajar con el Sr. X. Trabajé durante 3 años en el hospital del Sr. X. Siempre trabajando. Trabajé con caña de azúcar, trabajé en la Cooperativa. Cuando no estaba en la cooperativa, estaba en la compañía Y, de noche, siempre trabajando, ahora dejé de trabajar” (e1).

El sufrimiento asociado con esta falta de recursos materiales, debido a los bajos ingresos de su actividad laboral, o a su desempleo, también está presente en el discurso de Eni. En ocasiones, describe el padecimiento psicológico que sufrió cuando sus hijos le pedían cosas que sabía que no podía ofrecer, ya que no tenía los medios para satisfacer estas demandas, un sentimiento que también se identificó como una forma de violencia, como se muestra a continuación:

“Lo más difícil de mi vida fue que tuve que trabajar duro, trabajé como esclava para cuidar a los niños... realmente me dolió (...)” (e1);

“Fue la mayor tristeza de mi vida ver a mis hijos pedirme cosas y no poder darles ... Eso, cuando los niños piden cosas y no tenemos, es doloroso” (e3).

Pobreza y percepciones de violencia

La percepción de la violencia es otro tema importante que surge a partir del análisis del discurso de Eni. Aunque dice que nunca ha sufrido ningún tipo de violencia, es importante enfatizar que la violencia, en Eni, está siendo entendida sólo como aquello que causa daño físico a la persona. Con frecuencia cita el daño físico como un ejemplo de violencia, ya que describió este tipo de violencia en lugares donde vivió y trabajó, e incluso dentro de su familia:

“Hay una persona que te golpea, ¿verdad? Un hombre que te maltrata, que te golpea, te lastima, no, nunca [sufrí eso]” (e1);

“¿Eso nunca te pasó?” (TG);

“No” (e1).

Aunque las formas sutiles de explotación y coerción social, como la violencia simbólica, no fueron

reconocidas por Eni como parte de su vida, están presentes en su diálogo, incluso si no se las cita como violencia. Eni reconoció a la pobreza como violencia, en la medida en que ésta era una fuente importante de sufrimiento. El abandono por parte de sus parejas, por diversas razones, el encarcelamiento de sus parejas e hijos, son otros ejemplos de violencia simbólica a la que Eni ha estado sometida todos estos años.

“La pobreza para mí es violencia porque luchamos, luchamos, luchamos y nunca llegamos a eso” (...)
“¿Sabes?” (...) *“Pelemos, luchamos, nunca lo logramos, es difícil alcanzarlo, ¿sabes?”* (e3);

“Él [su pareja] me hizo sufrir mucho. Me ocultaba la comida. Estoy con él porque lo siento por él, no, pero no lo amo, no lo amo. Hacía las compras, ¿y sabes lo que hacía? Tenía una caja y escondía la comida de los niños en esa caja” (e1).

La violencia simbólica también aparece cuando relata un evento importante en su vida, que fue cuando los Servicios de Bienestar Infantil intentaron llevarse a sus hijos y nietos debido a sus condiciones sociales. La custodia de su nieto, aunque posteriormente se revirtió, puede considerarse, aunque no directamente, como una forma de violencia simbólico-institucional por parte del gobierno:

“Dijeron que no podíamos cuidar de ellos... Por el amor de Dios, ella no podía llevarse a mis hijos, sabes, ella dijo que mi hija no podía cuidar de su hijo: ‘Mejor renuncia a él, no eres capaz de cuidarlo’” (e1).

Pobreza y efectos en la salud asociados

Esta condición de pobreza, asociada con un historial de pérdidas significativas en su vida, acabó teniendo un impacto directo en la salud de Eni. El alcoholismo y la tuberculosis son dos problemas de salud importantes asociados con la vulnerabilidad. El primero, aparece en el contexto de una gran pérdida en su vida – el momento en que su primera pareja la abandonó. El diagnóstico de tuberculosis tuvo lugar cuando ella trabajaba en un hospital y se enfermó. Luego de este episodio, fue tratada por la institución y fue diagnosticada, lo cual, ella cree, estaba relacionado con su alcoholismo y su estilo de vida en aquel momento. La pérdida también es una parte significativa del discurso de Eni y algo importante para comprender el contexto de vulnerabilidad social en que se encuentra y el impacto en su salud, que es entendido como un proceso biopsicosocial:

“Ah, fue un shock porque lo amaba tanto [a su primer compañero que la dejó]. A partir de ese día comencé a beber, luego mi vida terminó, comencé a beber” (e1);

“Oh, lo que más marcó mi vida fue la muerte de mi hijo, mi hijo... Lo que más sufrí fue el dolor en el corazón de perderlo” (e1);

“Por beber demasiado [desarrolló tuberculosis], salir a fiestas. (...) Cuando tuve problemas pulmonares, estaba trabajando en el Hospital X. Todavía era el Hospital Y. Ellos [médicos] me dijeron: ‘Voy a internarte’” (e1).

El aislamiento y el estigma asociado con la tuberculosis también son cuestiones del proceso de atención de la salud y de la enfermedad informada por Eni, resultado del proceso de vulnerabilidad social causado por la pobreza. La evitación por parte de otros y el rechazo, son algunos de los sentimientos relatados por Eni, que surgen del estigma asociado con la tuberculosis.

“Allí me hospitalizaron [para el tratamiento de la tuberculosis], después de eso no fui a la casa de nadie, porque si iba a la casa de alguien y bebía algo, lavaban el vaso o lo tiraban” (e1);

“Oh, me sentí aterrorizada, enojada... Oh, Señor, se estaban deshaciendo de mí” (e1).

Discusión

La Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) se divide en siete temas de acción prioritarios. Uno de sus objetivos es *Contribuir a la adopción de prácticas sociales y de salud centradas en la equidad, la participación y el control social, en orden a reducir las desigualdades sistemáticas, injustas y evitables, respetando las diferencias de clase social, género, orientación sexual e identidad de género, entre generaciones, étnico-raciales, culturales, territoriales y relacionadas con personas con discapacidades y necesidades especiales*³.

En este contexto, uno de los temas prioritarios, la promoción de la cultura de paz y los derechos humanos, tiene como una de sus áreas de acción la vulnerabilidad y la salud de las mujeres y las cuestiones de género. Como podemos ver en la historia de Eni, la vulnerabilidad social, en sus diferentes formas, como la pobreza y la violencia, está claramente presente.

La vulnerabilidad es un concepto con muchos significados desde el punto de vista de las ciencias humanas^{8,11} y es el tema principal que surge del discurso de Eni, puesto que su vida se vio afectada por diversas situaciones de vulnerabilidad social y psicológica. La vulnerabilidad puede definirse como dinámica, es decir, una situación temporal en la que el individuo está sujeto a coerción o explotación debido a sus susceptibilidades, o estática, es decir, cuando una condición inherente al individuo lo somete a una exposición permanente a procesos de coerción y explotación^{8,12}.

Un ejemplo del primer tipo de vulnerabilidad está relacionado con ciertos procesos de atención de la salud y la enfermedad, cuando el individuo sufre la privación temporal de su capacidad de toma de decisiones. Un ejemplo de vulnerabilidad estática es la discapacidad, ya que es una condición inherente a su humanidad, que deja al individuo susceptible a los procesos de explotación y coerción social^{8,12}. Sin embargo, existen ciertas situaciones y condiciones que pueden encuadrarse en ambos tipos de vulnerabilidad¹³, como la pobreza y la violencia, las cuales están presentes en el discurso de Eni de forma muy clara.

La vulnerabilidad es un punto importante en la historia de la vida de Eni y se ha discutido con frecuencia en las últimas décadas, tanto en el campo académico como en los consejos de administración e implementación de políticas sociales. Por lo tanto, no es exactamente un término nuevo, ya que ha sido utilizado en el área legal, asociado a la defensa de los derechos humanos, así como en el contexto ambiental, en relación con las características físicas y bióticas del ambiente. Sin embargo, en las últimas dos décadas, se ha visto un fortalecimiento del concepto de vulnerabilidad, complementando las expresiones ya consolidadas.

En la esfera económica, debido al agotamiento de los paradigmas marxistas, la vulnerabilidad se solapa con la expresión "pobreza", que se refiere específicamente a la ausencia de recursos materiales, incluidos aquellos excluidos del derecho de ciudadanía¹⁴. En otras palabras, la vulnerabilidad se hace más amplia entendida desde el punto de vista social. En el área de la salud, el concepto surgió en asociación con la epidemia de SIDA, en la década de 1990, con hombres homosexuales que conformaban el denominado grupo vulnerable a la enfermedad y, de cierta manera, se posicionaba como una alternativa al concepto de riesgo, más cercano al área epidemiológica¹⁵.

Si bien la vulnerabilidad no debe estar relacionada únicamente con la clase social, como requieren los nuevos estudios, es bien sabido que la población con ingresos más bajos constituye el grupo más

frágil¹⁶. Los estudios en América Latina destacan que las mujeres representan el segmento más vulnerable de la población, configurando el fenómeno conocido como la feminización de la pobreza¹⁴. Sin embargo, este análisis presenta complejidades, ya que Costa y Marguti¹⁷ han demostrado que, según los indicadores brasileños entre 1983 y 2003, no hay evidencia de ningún tipo de patrón que justifique hablar de feminización de la pobreza. Existe evidencia de fragilidad en las estructuras familiares sin compartimentación específica por género. En Brasil, el problema de la vulnerabilidad impuesta por la pobreza tiene sus raíces en su formación económica y socioeconómica, afectando a hombres y mujeres sin distinción de género¹⁸. También en el área de la salud, los hombres presentan peores condiciones que las mujeres; así lo demuestran las menores tasas de supervivencia entre los géneros masculinos¹⁹. Es importante tener en cuenta que las mayores tasas de mortalidad en los hombres, especialmente en el grupo de 20 a 25 años, pueden explicarse por las tasas de violencia estructural en Brasil, como el narcotráfico, los accidentes de tránsito y otros²⁰. Sin embargo, debe admitirse que el género, la clase y la raza o la etnicidad constituyen actualmente la estructura crítica de las teorías bioéticas para la comprensión de todas las formas de opresión y vulnerabilidad de los individuos²⁰. De esta manera, la promoción de la salud, el combate a la pobreza y los avances en el desarrollo económico sólo tendrán lugar cuando se considere a las mujeres como totalmente humanas y se las valore por igual como personas y en el campo de la salud²¹.

La historia de Eni, aunque es altamente individual, es la historia de muchos brasileños y de personas que viven en países en desarrollo. Según un informe del Banco Mundial, después de un período en que la pobreza se redujo expresivamente entre 2004 y 2014, actualmente existe una tendencia a que ésta aumente en Brasil. Según este informe, se estima un aumento de entre 2.5 y 3.6 millones de personas que viven en la pobreza. El informe, además, destaca el aumento de la pobreza entre 2015 y 2016 en las áreas urbanas y rurales, con diferentes dinámicas en cada uno de los escenarios²².

Las políticas de austeridad económica han sido identificadas como una de las principales causas de la tendencia actual de aumento de la pobreza^{23,24}. Es importante destacar que el criterio de pobreza del Banco Mundial se basa en un punto de corte cuantitativo, que no considera otros aspectos sociales, como la presencia de violencia, la falta de saneamiento básico y otros aspectos importantes de la seguridad social y del desarrollo humano.

Esta dinámica de la pobreza derivada de los procesos de urbanización y el éxodo rural en Brasil fue estudiada por Milton Santos. Éste afirma que los procesos de globalización aceleraron el proceso de urbanización sin la racionalidad asociada con este proceso^{25,26}. El resultado de esta urbanización “no planificada” es que muchas personas y familias que anteriormente vivían en centros rurales se vieron obligadas a mudarse a regiones urbanas, con menos recursos materiales y simbólicos, y en su mayoría en situaciones de pobreza²⁵⁻²⁸.

Otro aspecto importante de la pobreza como la vulnerabilidad social es el tema de la violencia, especialmente contra las mujeres, en sus diferentes formas, desde la física hasta la psicológica. Según el último “Mapa de la violencia”, publicado en 2015, los tipos más frecuentes de violencia sufridos por las mujeres son la violencia física, psicológica, sexual y la desatención/abandono, respectivamente, siendo las mujeres ancianas el grupo más vulnerable²⁹. Un aspecto importante de la violencia contra las mujeres, especialmente en relación con el discurso de Eni, es lo que Pierre Bourdieu denomina *violencia simbólica*³⁰.

La violencia simbólica es aquello que genera daño en el individuo, sin, necesariamente, la presencia de coerción física asociada³⁰. La violencia moral, psicológica e institucional, son ejemplos de ello y están presentes en el discurso de Eni. Y, de cierta manera, también son parte de los tipos de violencia presentes en los ciclos de reproducción de las desigualdades sociales³¹, que deben ser objeto de políticas públicas para la reducción de la pobreza y la violencia. Los daños morales y psicológicos causados o resultantes de los insultos de una pareja o de las acciones de aparatos estatales, considerados legales (desde la perspectiva de la legitimidad legal) como la amenaza, directa o indirecta, de retirar la custodia de niños, son ejemplos importantes de violencia simbólica, psicológica e institucional. La desatención o el abandono, como indica el “Mapa de Violencia”, así como la amenaza directa o indirecta de retirar la custodia de los hijos y los nietos son algunos de

los ejemplos de violencia simbólica presentes en el discurso de Eni.

La relación entre las vulnerabilidades sociales, especialmente la pobreza, y los efectos de salud es un importante problema de salud pública. Varios estudios han demostrado que las personas que viven en situaciones de pobreza y violencia tienen problemas de salud importantes como un desarrollo cerebral atípico, lo que conduce a problemas cognitivos que tienen impacto directo en los procesos de aprendizaje³², una alta incidencia de problemas de salud mental, que son tres veces más altos en las personas que viven en la línea de pobreza que en las personas con bajos ingresos³³; infecciones y ETS³⁴ y enfermedades crónicas³⁵. El hecho de que Eni haya vivido constantemente en condiciones de vulnerabilidad social la ha expuesto a diferentes consecuencias para la salud. El alcoholismo, la tuberculosis y los problemas de salud crónicos, como la hipertensión, son ejemplos de los efectos clínicos que pueden estar relacionados con la vulnerabilidad social en la que ha vivido Eni.

Consideraciones finales

La historia de Eni revela la importancia de considerar la pobreza como una de las principales formas de vulnerabilidad en países en desarrollo como Brasil. Por lo tanto, podemos concluir que existe la necesidad de crear políticas públicas más efectivas para combatir la pobreza y la violencia, que consideren las condiciones subjetivas de las personas, su intersubjetividad, sus condiciones materiales y simbólicas y el entorno en el que viven. La valoración de la subjetividad y la relación entre sujeto, proceso salud-enfermedad y determinantes sociales de la salud son aspectos importantes a considerar en la creación de políticas de promoción de la salud pública dirigidas a la reducción de la pobreza y la violencia y al mejoramiento de la calidad de vida y del bienestar de las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

Agradecemos la Beca de Investigación del Instituto ICETI/UniCesumar de Ciencia, Tecnología e Innovación, y al Programa Nacional Postdoctoral de Capes (PNPD).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/22uqOY4>
2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Carta de Curitiba sobre promoção da saúde e equidade [Internet]. 23 ago 2016 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Z1pgZa>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2wGfLR3>
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med [Internet]. 1995 [acesso 8 dez 2017];41(10):1403-9. p. 1405. Disponível: <https://bit.ly/2YYRowd>
5. United Nations. United Nations millennium development goals [Internet]. New York: United Nations; 2000 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1a1Rery>
6. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/33yxWKf>
7. Marinho E, Campelo G, França J, Araujo J. Impact of infrastructure expenses in strategic sectors for Brazilian poverty. *Economia* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];18(2):244-59. Disponível: <https://bit.ly/2YMHna3>
8. Ten Have H. *Vulnerability: challenging bioethics*. New York: Routledge; 2016.
9. Portelli A. *História oral como arte da escuta*. São Paulo: Letra e Voz; 2016.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* [Internet]. 2003 [acesso 8 dez 2017];17(5-6):460-71. Disponível: <https://bit.ly/2TErRqF>
12. Hawkins JS, Emanuel EJ, editores. *Exploitation and developing countries: the ethics of clinical research* [Internet]. New Jersey: Princeton University Press; 2008 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/301vVhV>
13. Bajotto AP, França Garcia L, Goldim JR. What is vulnerability? A qualitative study about the perception of vulnerability in adults and older adults. *J Clin Res Bioeth* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];8(2):1000299. Disponível: <https://bit.ly/31B5oxO>
14. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Soc Debate* [Internet]. 2011 [acesso 8 dez 2017];17(2):29-40. Disponível: <https://bit.ly/33vtV9f>
15. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 8 dez 2017];19(53):237-49. Disponível: <https://bit.ly/2Z22SD9>
16. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso 8 dez 2017];17(4):949-56. Disponível: <https://bit.ly/2ctX1j7>
17. Costa MA, Marguti BO, editores. *Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras* [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2ZZrMjT>
18. Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Katálysis* [Internet]. 2010 [acesso 8 dez 2017];13(2):155-63. Disponível: <https://bit.ly/2TuhPZw>
19. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];24:e2756. Disponível: <https://bit.ly/2KOcbgl>
20. Diniz D, Guilhem D. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. *Estud Fem* [Internet]. 2000 [acesso 8 dez 2017];8(1):237-44. Disponível: <https://bit.ly/2yVeEjV>
21. Thompson JE. Poverty, development and women: why should we care? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2007 [acesso 8 dez 2017];36(6):523-30. Disponível: <https://bit.ly/2N2eeQZ>
22. Skoufias E, Nakamura S, Gukovas RM. *Salvaguardas contra a reversão dos ganhos sociais durante a crise econômica no Brasil* [Internet]. Washington: World Bank Group; 2017 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2NDeCIV>
23. Garcia LP. A economia desumana: porque mata a austeridade [resenha]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];32(11):e00151116. Disponível: <https://bit.ly/30cGV1H>
24. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];388(10047):867-8. Disponível: <https://bit.ly/2N01nyX>
25. Santos M. *A urbanização desigual: a especificidade do fenômeno urbano em países subdesenvolvidos*. Petrópolis: Vozes; 1980.
26. Santos M. *A pobreza humana*. São Paulo: Hucitec; 1979.
27. Hunter P. More science in urban development. *EMBO Rep* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];18(2):201-4. Disponível: <https://bit.ly/31zVU5P>
28. Liddle B. Urbanization and inequality/poverty. *Urban Sci* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];1(4):35. Disponível: <https://bit.ly/2Z4T86U>
29. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil* [Internet]. Brasília: Flacso Brasil; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Lxlmb>
30. Bourdieu P. *O poder simbólico*. São Paulo: Difel; 1989.
31. Bourdieu P, Passeron JC. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Petrópolis: Vozes; 2008.
32. Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *Jama Pediatr* [Internet]. 2015 [acesso 8 dez 2017];169(9):822-9. Disponível: <https://bit.ly/2Z4TwCo>
33. Hudson CG. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2005 [acesso 8 dez 2017];75(1):3-18. Disponível: <https://bit.ly/2Mnpx79>

34. Mena L, Crosby RA, Geter A. A novel measure of poverty and its association with elevated sexual risk behavior among young Black MSM. *Int J STD Aids* [Internet]. 2017 [acceso 8 dez 2017];28(6):602-7. Disponível: <https://bit.ly/2Mh2Zor>
35. Tung EL, Cagney KA, Peek ME, Chin MH. Spatial context and health inequity: reconfiguring race, place, and poverty. *J Urban Health* [Internet]. 2017 [acceso 8 dez 2017];94(6):757-63. Disponível: <https://bit.ly/2TsxRTJ>


Participación de los autores

Todos los autores contribuyeron en la planificación del estudio, el análisis de datos, la redacción del texto y la revisión crítica del manuscrito.


Correspondência

Lucas França Garcia – Centro Universitário de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Av. Guedner, 1.610, Jardim Aclimação CEP 87050-390. Maringá/PR, Brasil.


Lucas França Garcia – Doutor – lucasfgarcia@gmail.com

 0000-0002-5815-6150


Marcelo Picinin Bernuci – Doutor – marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br

 0000-0003-2201-5978


Andrea Grano Marques – Doutora – andrea.marques@unicesumar.edu.br

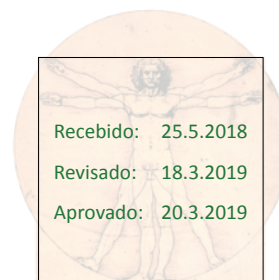
 0000-0001-6863-4809

Sonia Maria Marques Bertolini – Doutora – sonia.bertolini@unicesumar.edu.br

 0000-0001-6587-5041

Tania Maria Gomes da Silva – Doutora – tania.gomes@unicesumar.edu.br

 0000-0002-5495-9968



Anexo

Entrevista semiestructurada

- a) ¿Cuál es su nombre completo?
- b) ¿Cuántos años tiene?
- c) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
- d) ¿Cuál es su renta familiar? ¿Cuánto está ganando hoy? ¿Recibe jubilación?
- e) ¿Cuántos hijos tuvo? ¿Nietos? ¿Tiene algún bisnieto? ¿La relación con sus hijos siempre ha sido buena?
- f) Me gustaría que me contara sobre su vida, lo que recuerda, lo que fue más importante, lo que más la marcó. Puede hablar libremente.
- g) Vamos a retroceder un poco, o sea, un poco no, vamos a retroceder a su infancia. ¿Qué recuerda de su infancia?
- h) ¿A qué edad comenzó a trabajar? ¿Dónde trabajaba?
- i) ¿A qué edad se casó? ¿Cómo terminó la relación? ¿Cómo es la vida de ustedes? ¿Cómo es su relación con él? Hablemos de su relación con su primera pareja, ¿fue bueno con usted?
- j) ¿Cómo está su salud hoy en día? ¿Toma algún remedio? ¿Para qué?
- k) Ahora, en relación con la violencia de los hombres en su contra. Si hablara de la peor violencia que ha sufrido en la vida, ¿quién diría usted que la violentó? ¿Qué considera que es la violencia?
- l) ¿Sabe lo que es el machismo? ¿Usted considera que ha habido hombres machistas en su vida? ¿Conoce muchos hombres machistas?
- m) Entonces, para usted, ¿los hombres violentos son hombres que le pegan a la mujer?
- n) ¿Le gustaría agregar algún momento de su vida o alguna otra cosa que no hayamos conversado durante estas entrevistas?